Rok XXXII. Kraków, 22. Kwietnia 1893. Nr. 16.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Badanie i leczenie zwężeń tchawicy i oskrzeli głównych.

Podał
prof. Dr. Pieniążek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 15.)

Obrzmienie wodniste błony śluzowej pojawić się może obok wrzodów, ropni, kilaków lub po większych operacyjnych zabiegach w tchawicy. Widziałem je niejednokrotnie po użyciu galwanokauteru w tchawicy w postaci półokrężnego lub okrężnego wzniesienia na jej ścianach, o barwie różowej, z przejrzystością właściwą obrzmiałej błonie śluzowej. Leczenie polega na usunieniu przyczyny; obrzmienie zaś reakcyjne przechodzi w parę dni samo przez się. Jeżeli jednak stopień obrzmienia jest taki, że mógłby wzniecać obawy; w takim razie najlepiej założyć rurkę dłuższą, która zwężone miejsce rozepchnie a tem samem usuwa niebezpieczeństwo. Jeżeli po użyciu galwanokauteru w tchawicy obawiamy się wystąpienia większego obrzmienia, najlepiej odrazu założyć dłuższą rurkę. Wystarczą tu w zupełności kawałki kateterów lub rurek gardzielowych; ucisk bowiem, jaki obrzmienie wywiera na rurkę, jest bardzo mały. Muszę tu wspomnieć o jednym przypadku, który mi się wydarzył w mojej praktyce a który przedstawia coś tak niezwykłego, że zasługuje ze wszech miar na wzmiankę. Była to kobieta wieku niżej 30 lat, u której z powodu zapalenia ochrzęstnej krtani przy wrzodach kiłowych powstałego wykonałem tracheotomię. Oddech po tracheotomii był lekki, jednak uważałem, że przy nachyleniu kaniuli ku dołowi nieco się utrudniał. Będąc wówczas sędzią przysięgłym, przez cztery dni po operacyi nie mogłem widzieć chorej. Piątego dnia dowiedziałem się, że chora dnia poprzedniego narzekała na duszność, że jej z tego powodu kaniulę wyjęto, przy ponownem jednak założeniu nie dała się ona całkowicie wsunąć w tchawicę. Chorą zastałem w stanie bardzo wielkiej duszności. Wyjąłem więc kaniulę, którą znalazłem nie w tchawicy, lecz przed nią i założyłem wziernik, za pomocą którego zobaczyłem dopiero guz na tylnej ścianie tchawicy, prawie w samej jej górze usadowiony i ścieśniający światło jej tak, że go dojrzeć nie mogłem. Wsunąć wziernika głębiej (między guz a przednią ścianę tchawicy) nie zdołałem, nie mogłem również przeprowadzić kaniuli Königa. Dopiero z trudem, wśród największego duszenia się chorej, udało mi się wprowadzić dość głęboko rozwieracz i z jego pomocą przeprowadzić rurkę Königa. Oddech jednak pozostał ciężki a mianowicie wydech utrudniony. Rurka Königa zaopatrzona była w otwory boczne, które zatem coś na ścianach tchawicy znajdującego się przytykać musiało. Wyjąwszy kaniulę chciałem ponownie wprowadzić wziernik, lecz również bezskutecznie. Chora wśród tego straciła oddech zupełnie. Wprowadziłem znów z pomocą rozwieracza kawałek kateteru i zabrałem się z pomocą dwóch obecnych lekarzy do sztucznego oddechania. Chora przyszła do siebie, oddech jednak zawsze był tak utrudniony, że nie mogłem bez poważnej obawy zostawić jej w tym stanie. Kateter wsuwałem głębiej i wysuwałem wyżej w tchawicy próbując, czy nie natrafię na miejsce, gdzieby oddech był lżejszym; wszędzie atoli pozostawało jednakie utrudnienie i to podobnie, jak przy kaniuli Königa, głównie wydechu dotyczące. Po płytkim mianowicie a utrudnionym wdechu następował więcej jeszcze utrudniony wydech, który trwał krótko i zaraz ustawał. Widocznem było, że pod rurką znajduje się jeszcze jakaś rozległa przeszkoda dla oddechu, która przytem musi być nieco ruchomą, skoro podczas wydechu zatyka koniec kateteru i to w różnej głębokości. Nie mogłem tu myśleć o zgnieceniu kateteru przez guz tylnej ściany, gdyż takie same objawy były i przy kaniuli Königa; wreszcie przy wysuwaniu kateteru (a później po wyciągnięciu zupełnem) ugniecenia takiego wcale znać nie było. Gdyby oddech w tym stanie wystarczał jako tako, byłbym pozostawił chorą z kateterem, nie ufając skutkowi dalszych zabiegów; widząc jednak, że chora długo w takim

stanie wytrzymać nie może, postanowiłem znowu próbować, czy mi się nie uda przecież wprowadzić wziernika do tchawicy i przezeń zobaczyć a może i usunąć przeszkodę oddechu. Rachowałem, że gdy kateter chwilę pobędzie w tchawicy, wygniecie na guzie tylnej ściany rynienkę, po której, zaraz po wyjęciu kateteru, łatwiej wprowadzić będzie można konieczny wziernik. Przeczekałem więc czas jakiś i wyjąwszy kateter zaraz próbowałem wprowadzić wziernik do tchawicy, ale ani wprost, ani z pomocą rozwieracza nie było to możebnem. Podczas tych prób, które równie jak i poprzednie trwały bardzo krótko, chora straciła znowu oddech; założyłem więc natychmiast przy pomocy rozwieracza kateter i znowu podjęto sztuczne oddechanie. Jakkolwiek tym sposobem dawało się wciągać powietrze do płuc, to jednak wypchnąć go było już nie podobna albo tylko odrobiny wydostawały się. W końcu dalsze sztuczne oddechanie nagle zatamowało się; powstała bowiem odma obustronna (*pneumothorax bilateralis*). Sekcya wykazała oprócz odmy piersiowej obustronnej i zmian kiłowych w krtani powyżej wspomnianych krótką sztuczną drogę przed tchawicą. W tchawicy na tylnej ścianie guz kilakowy podłużny, który jednak na trupie zostawiał jeszcze dość miejsca pomiędzy sobą a przednią ścianą tchawicy. Od spodu guza ciągną się podłużne, różowe, obrzękłe fałdy wzdłuż całej tylnej ściany tchawicy i obu oskrzeli głównych aż do ich końca. Fałdy te zajmują całą tylną ścianę tchawicy i głównych oskrzeli; pomiędzy niemi znajdują się wązkie brózdy. Wielkość tych fałdów nie jest jednak taka, żeby zwężała światło tchawicy lub oskrzeli. Porównywając wynik sekcyi z objawami za życia przyjąć musimy, że fałdy te wypełniać musiały daleko więcej światła tchawicy za życia, niż po śmierci, podobnie jak i kilak, który za życia stanowczo przedstawiał się większy, niż po śmierci. Jest to wreszcie znane, że obrzmienie błony śluzowej, zwłaszcza w krtani i tchawicy po śmierci znacznie się mniejsze przedstawia, niż za życia. Że zaś za życia znaczny stopień zwężenia tchawicy istnieć musiał wzdłuż całego jej przebiegu, dowodzi tego ta okoliczność, że tak przy kaniuli Königa, jak i przy kateterze i to do różnej głębokości wprowadzonych oddech stale był utrudniony. Tylko więc te fałdy biegnące wzdłuż całej tchawicy i oskrzeli zwężenia tego mogły być przyczyną. Pod tym zaś względem dwa przypuszczenia są możebne: 1) fałdy mogły istnieć już dawniej a obrzękłszy następnie mogły sprowadzić zwężenie w całej tchawicy, po śmierci zaś pozostał tylko ślad byłego obrzmienia. 2) obrzmienie powstało jednostajne na całej tylnej ścianie tchawicy i wywołało to jej zwężenie, po śmierci zaś obrzmienie to, jak zwykle, zmniejszyło się, zmniejszenie jednak najwybitniej wystąpiło wzdłuż włókien sprężystych, które, jak wiadomo, przebiegają w smugach podłużnych wzdłuż tylnej ściany tchawicy i oskrzeli; nad niemi więc wytworzyły się brózdy a fałdy pozostały tylko jako reszty obrzękłej jeszcze nieco błony śluzowej pomiędzy temi smugami. Ten przebieg włókien błony sprężystej musiał tu mieć bezwarunkowo wpływ, czy to na wytworzenie się fałdów za życia, czy po śmierci czy też na jedno i drugie. Bardzo być może, że za życia te same, tylko więcej obrzękłe fałdy już istniały, ale może na jednostajnie wzniesionej przez obrzmienie błonie śluzowej tylnej ściany. To przypuszczenie najlepiejby nam tłomaczyło owo tamowanie się nagłe wydechu, jakby przez jaką zastawkę, które utrzymywało się tu ciągle, obok utrudnienia wdechu. Mechaniczne drażnienie, nieodzowne podczas badania, zakładania kateteru itp. musiało zwiększyć istniejący już obrzęk tak, że w końcu nawet sztuczne oddechanie wyprzeć nie mogło powietrza z płuc a doprowadziło tylko do pęknięcia obu płuc i dostania się powietrza do jam opłucnych.

Ropień tchawicy będziemy widzieć przez wziernik tchawiczy podobnie jak w laryngoskopie, jako guz zaczerwieniony, wpuklony w światło tchawicy. Przez wziernik można go pod kontrolą wzroku naciąć nożykiem krtaniowym stósownie odgiętym. Wobec niepewności rozpoznania radziłbym zawsze poprzednio zrobić punkcyę próbną za pomocą strzykawki. Bardzo ku temu celowi odpowiednie będą strzykawki, jakich używam do miąższowych wstrzykiwań kokainy w nosie. Może się też przydarzyć przypadkowe otwarcie ropnia podczas zakładania kateteru lub rurki Königa.

Podobnie jak ropień przedstawi nam się kilak tchawicy, jako okrągławe wzniesienie na jednej z jej ścian; barwa wzniesienia może być różna, stósownie do towarzyszącego mu obrzmienia i przekrwienia, bledsza lub ciemniejsza. Przez przesuwanie się obrzmienia na ściany sąsiednie może i forma guzowata nie być wcale wyraźną. Leczenie polega na rtęci i jodzie, których z całą energią użyć należy. Jeżeli zwężenie jest większe, trzeba założyć dla bezpieczeństwa dłuższą rurkę; w razie niezbyt ciężkiego jednak oddechu należy tego unikać, aby niepotrzebnie nie drażnić kilaka mechanicznie. Podobneż postępowanie jest na miejscu we wrzodach kiłowych. We wrzodach półokrążnych lub okrążnych należy podczas gojenia się ich przez założenie rurki stósownie długiej a, o ile można szerokiej, zapobiegać powstaniu następowego bliznowatego zwężenia. Dobrze jest dla bezpieczeństwa rurki takiej używać nawet przez dłuższy czas po zagojeniu, zwłaszcza po rozleglejszych wrzodach. Wrzody gruźlicze, jeżeli sprawiają zwężenie, wymagają użycia dłuższych rurek. Są one też przez wziernik dostępne dla miejscowego leczenia. Wrzody odleżynowe, jakie występują mianowicie u dzieci, operowanych z powodu krupu, czasami poniżej końca kaniuli, wymagają przedewszystkiem założenia dłuższej rurki (kawałka kateteru), choćby nie sprawiały wcale zwężenia. W ten sposób usuwa się przynajmniej przyczynę wywołującą je i podtrzymującą nadal. Wrzody takie głównie na przedniej ścianie tchawicy dochodzą do większych rozmiarów; na podatnej ścianie tylnej przychodzi do powierzchownych zwykle tylko obtarć i owrzodzeń a ztąd nieraz do wytworzenia granulacyj. Pierwsze są skutkiem za bardzo, drugie za mało zagiętej kaniuli.

Przerost błony śluzowej, który, jak wyżej wspomniano, najczęściej trafia się na tle ropotoku Störka, sprawiać może bardzo nawet znaczne zwężenie tchawicy. Stan taki wymaga przedewszystkiem założenia rurki dłuższej, któraby nie dopuszczała zwiększenia się zwężenia. Kawałki kateteru lub rurek gardzielowych zupełnie celowi temu odpowiadają. Stopniowo używać możemy coraz grubszych rurek, aż doprowadzimy do zupełnego rozszerzenia zwężenia. Jeżeli zwężenie nie jest jeszcze zbyt wielkie, można rurki takie pozostawiać w tchawicy na 1—2 godzin dziennie a pozatem używać zwykłej kaniuli. Kilkakrotnie obok takiego leczenia (dylatacyjnego) używałem także ostrej łyżeczki wyskrobując części przerosłe. Szczególniej nadają się do tego nieregularne formy przerostu, gdzie powierzchnia jest nierówna jakby guzkowata. Nie należy naraz wyskrobywać zbyt dużo, lecz systematycznie powtarzać wyskrobywanie w różnych miejscach,

i o ile się to da, szerszą rurkę zakładać zaraz po wyskrobaniu. Zwykła ostra łyżeczka, nieco podłużna, na prostym trzonku stósownej długości osadzona, odpowiada zupełnie swemu celowi i da się bardzo łatwo użyć przy wzierniku. Wspomnieć tu też winienem o formach pokrewnych przerostowi błony śluzowej, jakie czasem sprawia kaniula przez drażnienie swym wolnym końcem. Zrazu sprawia ona obrzmienie błony śluzowej, które występuje w postaci grubego fałdu półksiężycowatego, najczęściej usadowionego na ścianie przedniej i na boczne przechodzącego, albo w postaci dwóch fałdów na obu ścianach bocznych, pomiędzy któremi pozostaje szpara eliptyczna. Po dłuższem trwaniu obrzmienia przychodzi do rozrostu tkanki łącznej wśród rzeczonych fałdów a więc i do przerostu błony śluzowej. Czasem obok takich fałdów znajdziemy i przerosłe granulacye, najczęściej na ścianie tylnej tchawicy. Podobne zmiany powstają także często ponad kaniulą skutkiem drażnienia błony śluzowej brzegami jej okienka. Tutaj granulacye najczęściej z przodu występują; mogą jednak rozszerzać się na ściany boczne krtani lub naokoło wewnętrznego brzegu przetoki. Owe fałdy występują głównie na ścianach bocznych jako dwie grube listewki, albo się łączą z przodu w jeden gruby fałd półksiężycowy. Dolny brzeg okienka nie zwykł na tylnej ścianie tchawicy wywoływać granulacyi, lecz przerost błony śluzowej w postaci raczej płaskiego wzniesienia o nierównej powierzchni. Wszystkie wybujałe granulacye usuwać należy przez operacyą; owe zaś fałdy pod kaniulą najlepiej można usunąć przez używanie rurki dłuższej i, o ile tylko można, szerokiej przez 1—2 tygodni zamiast kaniuli. Listwowate wzniesienia nad okienkiem kaniuli, równie jak owo wzniesienie tylnej ściany tchawicy najlepiej dadzą się usuwać galwanokauterem. (Dok. nast.)

II. Trzy przypadki jednostronnego porażenia zdziergacza źrenicy i mięśnia rzęskowego (*Paralysis m. sphinct. pup. et m. ciliaris*).

Podał

Dr. A. Szulisławski,
okulista we Lwowie.

(Dok. Patrz Nr. 15.)

II. Drugi przypadek tyczy się porucznika p. L. Mężczyzna średniego wzrostu, dobrze zbudowany i odżywiony, lat 25, pochodzi z rodziny zdrowej, żadnych ważniejszych chorób nie przebywał, kiłą dotkniętym nie był. Podaje, że przed kilku dniami spostrzegł nierówność obydwu źrenic a mianowicie, że prawa jest szerszą. Widzi rzekomo dobrze, żadnych dolegliwości nie doznaje, czuje się zupełnie rzeźwym i zdrowym. Nie umie też dokładnie oznaczyć, kiedy to rozszerzenie źrenicy powstało; przyczyny wcale się nie domyśla.

Stan obecny: Zewnętrzne części oka prawidłowe. Powieka górna dobrze ruchoma, szpary powiekowe na obydwu oczach równej szerokości i długości. Ruchomość gałki we wszystkich kierunkach nienaruszona. Źrenica prawa o $1^1/_2$ mm. szersza od lewej (pr. średn. $= 4^1/_2$ mm.; l. średn. $= 3$ mm.), na światło oddziaływa: wprost — bardzo słabo: współczulnie — prawie niewidocznie; przy zbieżności osi słabo, ale wyraźnie.

W pr. o. $= {}^6/_6$; to samo za pomocą $+ 0·5$ D. Sn 0·5 w odległości 35 cm. mozolnie i przez bardzo krótki czas; z $+ 3$ D. Sn 0·5 p. pobl. 17 cm. (z łatwością).

W l. o. $= {}^6/_6$ szkła wypukłe pogarszają Sn 0·5 p. pobl. 16 cm.

Środki łamiące i dno wziernikiem ocznym badane, przedstawiają się zupełnie prawidłowo.

W przypadku więc tym istniał według wyniku badania niski stopień $H = 0·5$ D, zarazem niemożność czytania z bliska. Ponieważ bystrość wzroku była prawidłowa (czyta ${}^6/_6$) i był tylko bardzo niski stopień nadmiarowości (*hypermetropia*), który w żaden sposób nie mógł tłómaczyć tej nieprawidłowości (pacyent liczy 25 lat, o presbyopii mowy więc niema), przeto przyczyna niemożności pracy w pobliżu tem okiem musiała tkwić w ubytku akomodacyi. Za pomocą formułki: $A = P - R$ (gdzie A oznacza siłę akomodacyjną, P kres pobliża, R kres dali wzrokowej), można z łatwością obliczyć, czy i jaki mieliśmy w naszym przypadku ubytek akomodacyi. $P = 17$ cm., co wyrażone w dioptryach wynosi 6 D; $R = -0·5$ D, ponieważ soczewka wypukła znosząca H jest wyrazem kresu dali wzrokowej, oznaczonego w dioptryach. Ztąd $A = 6\ D - (-0·5\ D) = 6·5$ D. Ponieważ atoli kres pobliża znaleźliśmy przy pomocy $+ 3$ D, musimy przeto odciągnąć je od obliczonej wartości a wtedy otrzymamy: $A = 6·5\ D - 3\ D = 3·5$ D. A skoro w 25 roku życia winno być $A = 9$ D (średnio według obliczeń Dondersa), więc siła akomodacyjna wynosiła w naszym przypadku o 5·5 D mniej, niż wynosić powinna.

Stósownie do wyników tego badania wypadło rozpoznanie: niedowład zdziergacza źrenicy i akomodacyi o. pr. (*Paresis sphinct. pup. et accomodationis oc. d.*).

Jeśli i w tym przypadku, szukając umiejscowienia i przyczyny cierpienia, postępować będziemy za tokiem myśli, rozwiniętych w roztrząsaniu przypadku poprzedniego, doprowadzą nas one drogą konsekwencyi do przypuszczenia, że przyczyna w tym przypadku jest ośrodkową i że musi tyczyć się dwu przednich jąderek, jądra nerwu okoruchowego. Jaka zaś jest istota cierpienia, musi, dla braku jakichkolwiek danych, na razie pozostać nierozstrzygniętem.

Chorego niniejszego w krótkiej tylko miałem obserwacyi i leczeniu; udał się bowiem do Wiednia, gdzie rozpoznanie powyższe potwierdził prof. Fuchs.

III. W ostatnich dniach miałem sposobność badania trzeciego podobnego przypadku. P. K., dziennikarz, lat 33, od 7-miu lat żonaty, ma troje zdrowych dzieci. Kiły ani też żadnych innych cięższych chorób nie przebywał. Zawsze atoli był nerwowym, które to cierpienie w ostatnich kilku latach znacznie się spotęgowało. Przed $3^1/_2$ laty powstało u niego, bez żadnych innych towarzyszących dolegliwości, rozszerzenie źrenicy i niezdolność czytania lewem okiem Z porady lekarskiej zażywa od owego czasu jodek potasu (6:200), co kilka tygodni jedną flaszkę i wkrapla do oka lewego pilokarpinę, która tylko przemijający wywiera skutek. Stan taki trwa od $3^1/_2$ roku, bez zmian, żadnego polepszenia, ani też pogorszenia chory nie dostrzegł i to nie tylko w swym wzroku, ale także w stanie ogólnym. Ostatni nawet, od czasu (t. j. kilku miesięcy) jak używa nacierań zimną wodą, bardzo znacznie się poprawił.

Stan obecny przedstawia się jak następuje: Szpary powiekowe obydwu oczu równej szerokości. Lewa gałka zbacza nieco ku zewnątrz, jest jednak dobrze we wszystkich

kierunkach ruchoma. Źrenica lewa rozszerzona, średnica jej wynosi $6^1/_2$ mm., zupełnie nieruchoma.

W pr. o. = $^6/_{36}$; Sn 0·5 (od 20—55 mm.) — 1·25 D = $^6/_6$.

W l. o. = $^6/_{18}$; + 0·75 D. = $^6/_6$ Sn 0·5 z + 5 D p. pobl. 22 cm.

Dno oka prawidłowe.

Budowa twarzy niesymetryczna. Lewa połowa w ogóle nieco mniejsza, jednak kość licowa bardziej wystaje niż po stronie przeciwnej, łuk licowy również wyraźniej występuje, skutkiem czego powstaje dołek nad łukiem i pod nim wybitnie zarysowany. Z nerwów twarzowych żaden nie uległ porażeniu, ani niedowładowi, natomiast język zbacza nieco na stronę prawą, podobnie języczek bardzo nieznacznie ku prawej stronie nachylony. Połykanie i mowa prawidłowe. Odruchy ścięgniste wszystkie wybitne, kolanowy wyraźnie zwiększony. Zmian w czuciu, o ile z powierzchownego badania sądzić można, niema.

Rozpoznanie takież, jak w dwu poprzednich przypadkach, w tem o tyle tylko odmienne, że tu porażenie mięśni śródocznych wikła się z zezem rozbieżnym w tem samem oku. Ponieważ atoli ruchomość gałki we wszystkich kierunkach jest prawidłowa, niepodobna tego zezu kłaść na karb porażenia albo niedowładu mięśnia prostego wewnętrznego, równorzędnego z porażeniem mięśniów śródocznych a zgadza się z tem i podanie chorego, że zezu w początkach choroby nie dostrzegł a podwójnego widzenia nie ma i nie było. Raczej należy go uważać za następstwo porażenia akomodacyi i powstałej skutkiem tego niemożności dokładnego widzenia z bliska lewem okiem.

Uwzględniając to, cośmy wyżej powiedzieli, ze względu na oba poprzednie przypadki, musimy się w ostatnim domyślać przyczyny ośrodkowej. Popiera i wzmacnia to przypuszczenie uporczywe i stałe utrzymywanie się porażenia. Dziwnem się tylko to wydaje, że tu po tak długiem, bo $3^1/_2$ roku trwającem cierpieniu, żadne cięższe i dalej sięgające zmiany dotychczas nie wystąpiły. Na pytanie dlaczego? — dziś odpowiedzieć niepodobna. Można tylko zrobić mniej lub więcej prawdopodobne przypuszczenia, które sprawy bynajmniej nie rozwikłają i dlatego pomijamy je tu milczeniem.

W braku anatomicznych oględzin, skutkiem łatwych do zrozumienia trudności otrzymania odnośnego materyału patologiczno-anatomicznego, mogłoby się wielce przyczynić do rozświetlenia przynajmniej klinicznego przebiegu i zejścia a więc i rokowania w podobnych razach, dokładne zestawienie większej ilości przypadków, przez czas dłuższy od początku do końca obserwowanych, tem bardziej, że dotychczas nigdzie, ile nam wiadomo, przedmiotu tego z tego punktu widzenia nie poruszono ani też nie przedstawiono.

Miło nam w tem miejscu złożyć szczere podziękowanie p. Dr. Machekowi, prymaryuszowi oddz. oczn. w szpitalu we Lwowie, który ofiarowaniem swego obfitego z lat kilkunastu materyału, przedsięwzięcie to znakomicie ułatwia.

III. Oceny i sprawozdania.

Etyologia raka w świetle badań najnowszych.

Napisał

Dr. Leon Kryński,

asystent kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 15.)

W bliskim związku genetycznym z pracą Thomy, chociaż różne przedmiotem badań, zostają spostrzeżenia Steinhausa[1]) co do obecności wewnątrz jąder komórek nabłonkowych przewodu pokarmowego salamandry pasorzyta z rodzaju *coccidium*, któremu dał nazwę *karyophagus salamandrae*. Stopniowe okresy rozwoju tego drobnoustroju, jego podział i tworzenie zarodników w jądrze komórek nabłonkowych, opisał Steinhaus, co przyspieszyło zjawienie się pracy Thomy.

Nils Sjöbring[2]) zalicza twory spostrzegane przez siebie w komórkach rakowych, głównie w raku sutka, do grupy *microsporidia*: są to ciała małe, jednolite, bez jądra i otoczki, leżące w pierwoszczu komórki. zwykle w sąsiedztwie jądra, które odsuwają na brzeg i uciskają. Osobniki większe bywają nieco ziarniste, gdyż zawierają cząsteczki chromatyny, pochodzące z jądra komórki; mniejsze twory spostrzegał on pojedynczo lub po kilka razem w jądrze komórek, otoczone wązkim paskiem światłym — okoliczność, zdaniem autora, ważna dla odróżnienia tworów tych od jąderek, prawidłowo znajdujących się w jądrze. W pewnym okresie wzrostu pasorzyta następuje jego podział; nowoutworzone zarodniki zostają otoczone wspólną torebką, tworząc t. zw. *sporocystis*; z zarodników wytwarzają się nowe indywidua, które w dalszym ciągu mogą przenikać w komórki tkanki i wywoływać dalsze zmiany nowotworowe.

Z pomiędzy prac autorów angielskich odnieść tu należy spostrzeżenia Ramsay Wrighta[3]) i Russela[4]). Pierwszy z nich opisał postacie drobnoustrojów w rakach, zupełnie zgodne z przytoczonemi powyżej Pfeiffra, Thomy i Malasseza, przeciwnie zaś Russel opisane przez siebie twory drobnoustrojowe, pod nazwą „ciałek fuksynowych“ zalicza do klasy grzybków drożdżowych. Są to małe twory okrągłe, wielkości 4—12 mikromilim., jednostajne, barwiące się mocno fuksyną karbolową na czerwono i układające się w grupy lub szeregi po kilkanaście. Mieszczą się one zwykle wewnątrz komórki, rzadziej w jądrze a nawet niekiedy na zewnątrz pomiędzy komórkami. Obecność ciałek tych wykazał Russel w 43 przypadkach raka, lecz znajdywał je, chociaż rzadko, i w innych tkankach patologicznych *(sarcoma, gumma, ulcus cruris)*.

Oprócz rozmaitych postaci nowotworów rakowych, przedmiotem badań była jedna z zagadkowych postaci chorób skóry, opisana po raz pierwszy w roku 1874 przez J. Pageta i odtąd znana pod nazwą „choroby Pageta“. Według jego opisu cierpienie to spotyka się u kobiet pomiędzy 40. a 60. rokiem życia i rozpoczyna się na brodawce piersiowej i otaczającej skórze sutka: skóra czerwieni się, obrzęka, zewnętrzna warstwa rogowa pęka, obnażając warstwę brodawkową, z której wydziela się płyn surowiczy. Ogólny zatem obraz kliniczny odpowiada przebiegowi wyprysku przewlekłego (*eczema chronicum*), lecz różni się tem, że w późniejszych okresach przechodzi w sprawę nowotworowo-rakową. Cierpienie to nie daje się usunąć żadnemi lekami, lecz tylko drogą operacyjną; pomimo tak przewlekłego przebiegu na-

[1]) Karyophagus salamandrae, eine in den Darmepithelzellkernen parasitisch lebende Coccidie. (Virch. Archiv. T. 115. 1889).

[2]) Ein parasitärer, protozoënartiger Organismus in Carcinomen. (Fortschr. der Med. 1890, VIII).

[3]) The pathogenic protozoa. Toronto 1890.

[4]) An adress on a characteristic organism of cancer. (Brit. med. journ. 1890).

rząd gruczołowy limfatyczny nigdy prawie nie bywa zajęty. Co się tyczy stosunku tej sprawy do innych spraw chorobowych, to sam Paget uważał ją za postać zupełnie odrębną, samoistną, różniącą się zarówno od raka, jako też i od wyprysku przewlekłego. — Inne zupełnie stanowisko zajęli w sprawie tej Wickham[1]) i Darier[2]). Pierwszy z nich w monografii swej na podstawie danych z literatury i własnych 6 spostrzeżeń określa chorobę Pageta, jako sprawę niewątpliwie zakaźną (*psorospermose cutanée*), zależną od obecności w tkankach pasorzyta, należącego do rodzaju *sporozoa*. Najczęściej rzeczywiście dotkniętą bywa skóra sutków, zdarza się jednak i w innych miejscach ustroju, jak w skórze moszen (*scrotum*). Pasorzyt, dostawszy się wewnątrz komórek nabłonkowych skóry, wzrasta, rozmnaża się i tworzy sporocystę, z której oddzielne zarodniki rozchodzą się naokoło w tkankę, zakażając coraz nowe i głębiej leżące części skóry. Cierpienia tego nie zalicza Wickham do raków, lecz ostatni może częstokroć komplikować jego przebieg. Obydwaj ci autorzy podają, że te drobnoustroje umieszczone w wilgotnym piasku okazywały znaki życia w ciągu czternastu dni, jednakże ich hodowli nie udało się otrzymać żadnemu z nich.

Żywe zainteresowanie obudziła sprawa znaczenia tworów śródkomórkowych w rakach na X-tym zjeździe międzynarodowym w Berlinie. W wygłoszonych tam odczytach zarówno jak w dyskusyach przebija już większy krytycyzm, niekiedy znaczna doza sceptycyzmu w ocenianiu tych spostrzeżeń, które z taką stanowczością co do ich znaczenia podawały przytoczone prace.

Opierając się na ogromnym stósunkowo materyale 200-tu zbadanych przypadków raka najróżnorodniejszego pochodzenia podaje Siegenbeek van Heukelom[3]) następujące typy spostrzeganych tworów międzykomórkowych: kule wielkie, czasem nieco owalne, mieszczące się zawsze wewnątrz komórek, składające się z pierwoszcza i jądra, które dobrze barwi się karminem; posiadają niekiedy kontur podwójny i wielkością zwykle przewyższają wymiary zwykłej komórki nabłonkowej. Spotkać je można w rozmaitej ilości, to tylko oddzielne osobniki, to znów całemi grupami i w różnych postaciach raka; najładniej występują w rakach gruczołowych. Nie można ściśle jeszcze określić, w jakiej części nowotworu mieszczą się one najobficiej; tak n. p. w rakach pierwotnych mało ich jest w miejscu największego bujania, lecz w znacznej ilości znajdują się w okolicy zrogowaciałych kul raka skórnego (*Krebsperlen*); przeciwnie często całemi masami występują w przerzutach. W ogóle mówiąc kształty ich i zachowanie się są tak odrębne, że nie można przypuszczać, aby to być miały produkty zwyrodnienia komórek. Autor zaznacza wielkie ich podobieństwo do tworów, opisanych jako *sporozoa* przez Wickhama i Sjöbringa[4]). W niektórych przypadkach raka nie znajdywał autor tych kul; były to przeważnie drobnokomórkowe raki pierwotne, w których za to wykryć było można małe kulki, nie barwiące się karminem, lecz eozyną, leżące w pierwoszczu komórki lub czasem w jądrze. Inny rodzaj stanowią małe kule, bardzo mocno łamiące światło, nie barwiące się, przylegające zawsze do jądra; to ostatnie w miarę powiększania się kuli ulega coraz bardziej uciskowi tak, iż wreszcie przemienia się w wązki pasek chromatyny na boku kulistego tworu. Już prędzej te twory możnaby uważać za skutek zwyrodnienia komórek, lecz w niezgodzie z takiem przypuszczeniem zostaje okoliczność, że spotkać je można najczęściej w miejscach rozrostu nowotworu, gdzie niema sprawy rozpadowej lub degeneracyjnej. Oprócz wymienionych tworów opisuje S. v. Heukelom ciała chromatynowe, przypominające wejrzeniem leukocyty o zniekształconem jądrze; znajdują się one najczęściej w wolnej przestrzeni (*vacuola*), w pierwoszczu (*protoplasmie*) komórki nabłonkowej. Nie można było jednakże wykryć postaci przejściowych pomiędzy niemi a leukocytami, z drugiej zaś strony tworów tych nie bywa przy jednoczesnym mocnym nacieku zrębu (*stroma*) łącznotkankowego raka a występują znów obficie w zupełnym braku tego nacieku (*infiltratio*). Ostatni wreszcie rodzaj spostrzeganych tworów są to małe ciałka, mocno błyszczące, robiące wrażenie kropel, leżące w rozmaitej wielkości i ilości zarówno wewnątrz komórek rakowych, jak i pomiędzy niemi a nawet w zrębie raka. W końcu zadaje sobie v. H. dwa pytania: 1-o co to są za twory, 2-o czy mogą one mieć jakie znaczenie w sprawie atypowego bujania nabłonka.

Co do pierwszego autor z wielką oględnością skłania się do przyjęcia opisanych tworów za drobnoustroje z grupy pierwotniaków, chociaż zastrzega ostatnie słowo w tym względzie zoologom; drugie pytanie pozostawia nierozstrzygniętem, uważając za pożyteczniejsze zostawienie kwestyi otwartą wobec braku podstaw faktycznych, niż budowanie fantastycznych przypuszczeń. (C. d. n.)

[1]) Maladie de la peau, dite maladie de Paget. Thèse de Paris 1890.

[2]) Sur une nouvelle forme de psorospermose cutanée ou maladie de Paget (Annales de derm. et de syph. 1889).

[3]) Intracelluläre Gebilde bei Carcinom. (Verhandl. des X intern. med. Congr.).

[4]) Patrz wyżej.

Terapia.

A. Herrmann: O nowym sposobie leczenia kamicy nerkowej gliceryną.

Okoliczność wykryta przez Horbaczewskiego, Colosantisa i Catillona, że gliceryna rozpuszcza kwas moczowy a zadana wewnętrznie przechodzi bez zmiany do moczu, naprowadziła autora na myśl spróbowania terapeutycznie tego środka w kamicy nerkowej. Jakoż użył go u 14 chorych a u 10 z nich odeszły piasek lub kamienie moczowe dochodzące do wielkości nawet bobu. Jeżeli tylko przewód pokarmowy był zupełnie w porządku, nie widział autor żadnego szkodliwego działania po znacznych nawet dawkach gliceryny, wynoszących zwykle od 50 do 100 cm. sz.; pojawiało się tylko znaczne pragnienie, palenie, pieczenie i świdrowanie w okolicy nerek, niekiedy przybierające podobieństwo do kolki nerkowej. W moczu można było wykazać glicerynę po 3 godzinach (mocz taki rozpuszcza nds miedzi w znacznej ilości w próbie Trommerowskiej nie odkwaszając go jednak przez gotowanie na ndsek); po 20 godzinach zaś całkiem jej już tam nie było. Równocześnie z gliceryną przepisywał autor chorym picie wody karlsbadzkiej.

Ażeby się dowiedzieć, w jaki sposób działa gliceryna, zrobił autor rozmaite doświadczenia. Naprzód przekonał się, że czysty sproszkowany kwas moczowy rozpuszcza się łatwo w glicerynie, która jednak nie działa nawet po gotowaniu przez pół godziny na kamienie nerkowe, choćby wielkości tylko soczewicy. U królików gliceryna w dawkach dużych powiększa bardzo znacznie wydzielanie moczu. Dlatego przypuszcza autor, że działanie gliceryny w kamicy nerkowej jest raczej fizyczne, niż chemiczne.

(Jeżeli się używa równocześnie dwóch środków, nie można na pewne wiedzieć, ile działania przypisać jednemu a ile drugiemu. Dlatego zdaniem naszem doświadczenia terapeutyczne Herrmanna nie rozstrzygają o działaniu gliceryny w kamicy nerkowej. *Przyp. sprawozd.*). (*Prager med. Wochschr. 47. 48. 1892*). *D.*

Higiena.

Wągry i włośnie (trychiny) u bydła.

Według zestawienia statystycznego co do bicia bydła w rzeźniach monarchii pruskiej w czasie od 1. kwietnia 1891 po koniec marca 1892 zachodzą pod względem trafiania się włośni i wągrów w różnych obwodach znaczne różnice.

W Szlezwiku przypada jedna świnia włośniowata na 11350 sztuk, w Prusiech zachodnich, wschodnich, na Pomorzu, w Poznańskiem, na Szlązku i w Brandenburskiem 1 na 1768 a w Kasselskiem na 3280.

Co do obwodów rejencyjnych, to w Opolskiem 1 na 5244, w Lignickiem i Koźlińskiem (na Pomorzu) 1 na 3000,

w Berlinie, Poczdamie, Frankfurcie, Wrocławiu 1 na 2000 do 2200, w Królewcu na 1300, w Gumbinnen 1 na 750, w Bydgoszczy na 539, w Marienwerder na 522 a w Poznańskiem na 170 świń.

Z 796 świń włośniowatych, które znaleziono w ogóle, przypada prawie połowa na Berlin i obwód rejencyjny Poznański. O wiele mniejsze różnice pod względem zdarzania się zachodzą co do wągrów pomiędzy wschodnią i zachodnią częścią monarchii pruskiej. We wschodnich obwodach kraju przypada 1 świnia wągrowata na 258 badanych — w zachodnich zaś na 1300. Z porównania rozmaitych obwodów rejencyjnych okazuje się, że w niektórych obwodach zachodnich stosunkowo często zdarzają się świnie wągrowate. *(Cntrbltt f. oeff. Gsndhtspfl. XII. Rocznik 1893. Zeszyt III i IV).* *Dr. Grabowski.*

Choroby wewnętrzne.

Bleuler: Przyczynek do etyologii i terapii zmiękczenia kości (*osteomalacia*) niepołogowego.

Na dowód, że zmiękczenie kości niepołogowe nie jest bardzo rzadkie, tylko zazwyczaj nie bywa rozpoznane, opisuje autor pokrótce 18 przypadków (3 u mężczyzn, 15 u kobiet) tej choroby, które wszystkie to mają wspólnego, iż tyczą się osób, które ruchu nie używały lub tylko nadzwyczaj mało (2 więźniów, 16 umysłowo chorych, po największej części głupowatych). Trzech chorych wyleczył, 5 stan znacznie poprawił autor przez zalecenie ruchu na świeżem powietrzu, nie używając u nich żadnych leków. To go zachęca do podobnego postępowania w roku bieżącym z resztą chorych obecnie jeszcze nie leczonych. Autor nie zaprzecza bynajmniej, iż osteomalacya może pochodzić i z innych przyczyn, ale na podstawie własnych spostrzeżeń jest zdania, że brak ruchu jest przynajmniej jedną przyczyną a dalej zwraca uwagę, iż obfite pożywienie, podawanie wapna w znacznej ilości i fosforu tudzież wody dobrej, nawet w wapno zasobnej, nie wywarły żadnego wpływu na przebieg choroby. — Zakład, którego autor jest dyrektorem, dostarcza chorym zimą i latem bardzo czystego powietrza a więc brakowi jego nie można przypisywać choroby.

Rozpoznanie takiego niepołogowego zmiękczenia kości nie jest wcale trudne, jeżeli się już raz wie, iż choroba ta może występować i bez związku ze sprawami połogowemi.

W pierwszych okresach choroby bóle są rozlane po całem ciele i wtedy rozpoznać nie można choroby na pewno. Okres ten nie trwa jednak długo, bo wkrótce występują bóle zależne widocznie od ruchów: chorzy stąpają coraz wolniej opierając się przytem na sprzętach pokojowych i jeżeli nie można wykazać żadnej choroby ani układu nerwowego ani zapalenia stawów, rozpoznanie zmiękczenia kości jest pewne. Uwagi godnem, że największa część chorych boi się pomocy cudzej przy chodzeniu lub przenoszeniu, bo przekonali się, iż ostrożne ruchy czynne są dla nich o wiele mniej bolesne, niż ruchy bierne.

Lubo choroba postępuje ciągle, są jednak później pauzy. W następnym okresie przychodzi do zniekształceń kości, osobliwie stosu kręgowego i mostka i niebezpiecznego utrudnienia oddechu.

B. zadaje sobie w końcu pytanie, czy w obec tego brak dostatecznego ruchu u kobiet brzemiennych nie jest w związku z pojawieniem się u nich zmiękczenia kości. (*Münchener med. Wochenschrift. Nr. 15. 1893*). *D.*

Choroby zakaźne.

Przebieg cholery w r. 1892.

Dr. Proust, naczelnik publicznej służby zdrowia we Francyi, przedstawił na posiedzeniu paryskiej Akademii lekarskiej w dniu 31. stycznia 1893 swe zapatrywania się na przebieg cholery w r. 1892.

Według zdania Dra Prousta miano w roku zeszłym do czynienia z dwoma od siebie niezawisłymi pochodami cholery, które się do siebie zbliżały i spotykały, nie tracąc przytem swych właściwości.

Jeden pochód epidemii miał powstać samodzielnie bez zawleczenia z zewnątrz dnia 4. kwietnia w zewnętrznym okoleniu Paryża i potrzebował 3 miesięcy czasu, aby się dostać do stolicy, zkąd zawleczony został ku zachodowi i północy aż do Belgii i Holandyi.

Drugi pochód wziął początek z Turkiestanu, dostał się przez Kaukaz do południowej Rosyi a ztamtąd do Niemiec, Węgier, Austryi i Holandyi, w której spotkał się z pierwszym pochodem.

Oba pochody zachowały w swej wędrówce, zdaniem Prousta, następujące właściwości: idący z Azyi wykazywał, jak wszelkie ztamtąd zawleczone zarazy, znaczną gwałtowność pod względem wybuchu i rozciągłości, nagły wzrost śmiertelności i nagłe szerzenie się. Przeciwnie cholera paryskich przedmieść odznaczała się wybitną powolnością co do szerzenia się i co do wzrostu cyfry chorobliwości i śmiertelności.

Niektórzy epidemiologowie uważali za niemożliwe, aby po kilku latach utajenia jad choleryczny na grancie europejskim znów ożył, gdy inni możliwości tego dopuszczali. Proust przechyla się do ostatniego zdania i sądzi, że po powstaniu jednego pochodu ostatniej epidemii we Francyi możliwość takiego późnego ożycia jest dowiedzioną, równie jak i z temi okolicznościami zostające w związku złagodzenie jadu. (*Cntrbltt f. oeff. Gsndhtspfl. 1893. Z. III i IV*). *Dr. Grabowski.*

Choroby dzieci.

Bery: Cukrzyca u 9-letniej dziewczyny.

Autor opisuje przypadek cukrzycy u dziewczynki w wieku lat 9, pochodzącej z rodziny zdrowej bez chorób dziedzicznych wykazać się dających, która nie przebywała dotychczas żadnej choroby zakaźnej ostrej, ani nie doznała urazu mogącego być w związku z chorobą obecną. Sam początek choroby uwidocznił się jako upławy białe, który bez wykrycia przyczyny, leczono tylko symptomatycznie miejscowo i który po 3 miesiącach ustąpił zupełnie — lecz coraz szybciej występujące wychudnienie, bardzo wielkie łaknienie i pragnienie i woń acetonu, wydobywająca się z ust przy oddechaniu, skłoniły rodziców do zgłoszenia się powtórnie do szpitala, gdzie dziewczynkę przyjęto. Po 8-iu dniach pobytu tamże, w których zauważono 7·3% cukru w moczu, wystąpiła śpiączka cukrzycowa, trwająca prawie 12 godzin, t. j. aż do śmierci. Autor twierdzi, że u tej dziewczynki już przy pierwszem zgłoszeniu się do szpitala można było rozpoznać cukrzycę, gdyby mocz badano pod względem obecności cukru, gdyż owa wydzielina pochwy (*fluor albus*) była wynikiem świądu sromu (*pruritus vulvae*) tak częstego objawu cukrzycy. (*Archiv f. Kinderheilkunde. 1893. I i II H.*). *Dr. Komorowski.*

Notatki terapeutyczne.

Do pozbawienia skóry włosów w chorobach ich zaleca L. Butte kolodyum jodowe według przepisu:

46) Rp. *Spir. vini rectif.* 12·00
Jodi puri 0·75
Collodii 35·00
Olei terebinthinae 1·50
Olei ricini 2·00

Płynem tym pomazuje się kępki (*plaques*) chore przez 3 do 4 dni z rzędu. Jeżeli teraz po 14 dniach oddali się ostrożnie całą warstwę kolodyum, to odejmie się wraz z nią wszystkie chore włosy znajdujące się na jej wewnętrznej powierzchni. Tym sposobem unika się mozolnego, powolnego i dla chorych bardzo nieprzyjemnego procederu wyrywania chorych włosów szczypczykami. I w strupieniu woszczynowym (*favus*) sposób ten pozbawiania skóry włosów okazał się praktycznym. Rozumie się samo przez się, że po oddaleniu włosów rozpoczyna się dopiero właściwe leczenie. (*Mtshefte für pract. Derm. 5. 1893*).

Mięszanina Dobischa do znieczulenia miejscowego:

47) Rp. *Chloroformii* 10·00
Aetheris sulfurici 15·00
Mentholi 1·00

MDS. Do rozpylania przyrządem Richardsonowskim. Znieczulenie występuje zwykle po minucie i trwa od 2 do 6 minut. (*Corr.-Bl. für schweiz. Aerzte. 5/I. 1893*).

Do leczenia bolesnych guzów krwawnicowych (*haemorrhoidales*) zaleca się maść:

48) *Lanolini 50·00*
Vaselini 20·00
Aquae destil. 3·00
M. f. ungtum.
S. Używać na guzy bolesne.
(*Ctbltt f. d. ges. Ther. Marzec 1893*).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska.

V. posiedzenie z dnia 17. marca 1893.

Przewodniczący Dr. Schramm. — Obecnych członków 43.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

2) Kol. Wehr prosi o umieszczenie poprawki w protokóle posiedzenia z dnia 18. lutego b. r., do którego wkradł się błąd, który kol. W. dostrzegł dopiero po wydrukowaniu sprawozdania. W *Przeglądzie Lek.* Nr. 10 str. 129 w dyskusyi nad nosacizną, powinno być: „Faktem jest, że metodą immunizacyjną w tężcu po wstrzykiwaniach antytoksyny Tizzoniego obserwowano w jednej klinice (Nicoladomego w Inspruku) 3 przypadki uleczenia tężca". Przy tej sposobności kol. W. dodaje, że Finotti w r. 1892 mówi już o ośmiu przypadkach uleczenia tężca: *Ottavo caso di tetano traumatico curato coll' antitossina Tizzoni-Cattani* (*Gazz. d. ospitali Nr. 84*).

3) Następuje odczyt kol. prof. Czyżewicza „O cięciu cesarskiem", który będzie w całości drukowany.

Kol. Bylicki zwracając się naprzód do zapatrywań etycznych prelegenta na metodę Porry, oświadcza, że się z niemi żadną miarą zgodzić nie może. Kol. Czyżewicz podnosi bowiem jako wielką zaletę metody Porry, że zapobiega ona przyszłym ciążom kobiet, które nigdy rodzić nie powinny i przyjściu na świat dzieci, które wkrótce gdzieś zmarnieją. Zdaniem kol. B. zapatrywania tego rodzaju nie powinny wchodzić w żadną rachubę przy wyborze metody, gdyż z takich wskazań nie powinniśmy i nie wolno nam pozbawiać kobiety narządów jej płci właściwych a zatem pozbawiać jej możności potomstwa. Okoliczność zaś, czy ona chce się narażać na niebezpieczeństwo ciąży powtórnej lub nie, powinniśmy pozostawić jej własnej woli. Dlatego pod względem etycznym uważa kol. B. wykonanie cięcia cesarskiego metodą Porry tylko ze względów przez kol. Czyż. podniesionych za czyn równie niemoralny, jak wzniecenie poronienia bez ścisłych lekarskich wskazań, li tylko ze względu na stanowisko ciężarnej, dla uratowania jej czci, do czego jako lekarze nie jesteśmy żadną miarą powołani.

Zwracając się do cięcia cesarskiego ze wskazań względnych, jest kol. B. zdania, że odpowiada ono często ideałowi, do którego dążymy, t. j. do uratowania życia matki i dziecka, lecz wobec sposobów o wiele łatwiejszych do wykonania, szczególnie w praktyce prywatnej, przy których dziecko prawdopodobnie (ciężkie kleszcze) lub z pewnością życie utraci (kraniotomia) lub już je utraciło a matkę z pewnością uratować można, cięcie cesarskie ze wskazań względnych nigdy się nie stanie własnością ogółu lekarskiego, lecz pozostanie tylko własnością wyłącznie klinik i oddziałów położniczych. A i w tych zapatrywania osobiste operującego i nabyta wprawa w cięciu cesarskiem lub jej brak, rozstrzyga na jego korzyść lub przeciw niemu. Zawsze bowiem będziemy się kierować tem zapatrywaniem się, że życie matki jest o wiele więcej warte, niż życie noworodka.

Na szczęście jednak, bardzo w porę, zaczyna współzawodniczyć z cięciem cesarskiem ze wskazań względnych cięcie spojenia łonowego — symfizyotomia. Operacya ta podana w końcu zeszłego wieku, w czasach, gdy nieznano sposobów bezgnilnego operowania, odsądzona od czci i wiary, utrzymywała się przez cały wiek 19. aż po dziśdzień we Włoszech. To też Morisaniemu i Carusie zawdzięczamy dzisiejsze jej wznowienie a Leopoldowi i Freundowi ustalenie jej bytu pośród operacyj zupełnie uprawnionych.

W końcu nadmienia kol. B., że nie słyszał w opisie przypadków kol. Czyżewicza, aby tenże używał przed przystąpieniem do operacyi i podczas jej wstrzykiwań podskórnych ergotyny, co wielu innych podnosi jako środek ważny, przyczyniający się do wzniecenia kurczliwości macicy po jej opróżnieniu. (*Autoreferat*).

Kol. Czyżewicz w odpowiedzi na uwagi kol. Bylickiego nadmienia, że w odczycie swoim postawił wyraźnie wskazania do cięcia cesarskiego metodą Porry. Między niemi niema wcale twierdzenia, jakoby metoda ta była odpowiednią z powodu, że zapobiega przyszłym ciążom kobiet, które nigdy rodzić nie powinny.

Wskazania te są: *a*) osteomalacya, *b*) bezwład macicy i niemożność zatamowania krwotoku po jej wypróżnieniu, choćby nawet podczas operacyi zmienić należało metodę operowania, *c*) gdzie usunięcie całej macicy i bez cięcia cesarskiego jest wskazane, albo chodzi o wydalenie ogniska septycznego, którym jest macica.

W 1. i 3. wskazaniu powinna być bezwzględnie ta metoda, w drugiem obrałby zawsze metodę dającą lepsze szanse dla wyleczenia matki, choćby z utratą możności dalszego zastąpienia, pomimo że przeciwnicy tej metody podnieśli przeciw niej także stanowisko etyczne, którego broni kol. Bylicki. Kto miał sposobność badać materyał do cięcia cesarskiego przeznaczony, musi przyjść do wniosku, że może lepiej byłoby i dla tych matek i dla tych dzieci, aby pierwsze nie rodziły a drugie się nie rodziły. Stają się one bowiem ciężarem nie do pokonania dla matek i giną zwykle oddane przytuliskom lub gminom.

Co do ergotyny, to była używaną, tak jak inne środki pobudzające macicę do kurczu, nie wyjmując i lodu, podczas operacyi, ale nie mogę jej przypisać zalety, jaką inni widzieć chcieli. (*Autoreferat*).

4) Kol. Gluziński mówi o przypadku kiły nosa ze współcierpieniem przewódki łzowej (*autoreferat*). Chory, 64 lat liczący, we wrześniu z. r. zasięgał porady lekarskiej u dwóch kolegów we Lwowie, którzy uważając sprawę za zwykły przerost błony śluzowej w nosie, wypalili ją kw. chromowym. Polepszenie nie nastąpiło a lekarz ordynujący na prowincyi, chcąc przywrócić drożność, wprowadził czopek, który w nosie napęczniał (*laminaria digitata?*), po którego wyjęciu zatkanie było jeszcze większe, łzawienie zwiększyło się znacznie a nadto wystąpił obrzęk w okolicy przewódki łzowej prawej. Chory udał się do kol. Macheka, który przewód łzowo-nosowy sondował a następnie odesłał chorego do kol. Gl., dla usunięcia zmian chorobowych w nosie. Badanie wykazało przerost błony śluzowej na małżowinach obustronnie z wegetacyami wątłemi i podobne wegetacye na przegrodzie nosowej. Uważając to za skutek zabiegów drażniących, kol. Gl. narośle te usunął galwanokauterem. Po wypaleniu jednakże wegetacye jeszcze szybciej rosły i częściowo zaczęły się rozpadać a że równocześnie wystąpił naciek na sklepieniu jamy noso-połykowej, przeto usprawiedliwionem było przypuszczenie kiły. Chory wreszcie przyznał się, że przed 6 laty zaraził się. Innych zmian podejrzanych o kiłę w ustroju nie było. Pomimo sondowania zarówno obrzmienie woreczka łzowego jak i łzawienie wciąż się utrzymywało. Po 10 wstrzykiwaniach *hydrarg. salicylicum* (0·10 *p. dosi*) obok miejscowego leczenia kw. chromowym (1:10), następnie *tra jodi c. glycerino* po równych częściach nastąpiło wyleczenie zupełne. W pierwszym tygodniu jednak zaraz po rozpoczęciu leczenia rtęcią, zapewne wskutek zapóźno zrobionego rozpoznania, rozpadły się granulacye na przegrodzie nosowej i nastąpiło jej przebicie. Jakkolwiek podczas tego leczenia nie sondowano więcej przewódki łzowej, przecież równocześnie z wyleczeniem zmian w nosie ustąpiły łzawienie i znaczny obrzęk w okolicy woreczka łzowego.

Przypadek opisany okazuje naprzód ważność zwracania uwagi na kiłę w cierpieniach nosa a powtóre okazuje związek pomiędzy cierpieniami nosa i ócz i wpływ leczenia na drożność przewodu noso-łzowego. Na wpływ cierpień nosa, na cierpienia ócz, szczególnie głębszych części oka, zwrócili uwagę w ostatnich czasach Berger i Ziem, pierwszy tłomacząc zmiany te na drodze odruchowej, drugi odnosząc je do zmian w naczyniach, a prac w tym kierunku szczególniej w języku francuskim napotykamy coraz to więcej. Ziem w *Annales des maladies de*

l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx w zeszycie styczniowym z r. b. opisuje trzy przypadki zapalenia tęczówki w związku z cierpieniami nosa, w których po zwykłych przepłukiwaniach nosa nastąpiło polepszenie. L. Batut z Tuluzy w tem samem piśmie z lutego b. r. rozbiera cały szereg przypadków, wykazujących ten związek. W wielu więc przypadkach cierpień ócz badanie i leczenie nosa jest koniecznem.

Na tem zakończono posiedzenie.

Sekretarz *Dr. Bory.*

V. Wiadomości bieżące.

— **Zjazd lekarzy powiatowych odbędzie się we Lwowie w niedzielę dnia 30. kwietnia 1893 r.** o godzinie 10. z rana, jak to już w nrze 14 Przeglądu lek. z dnia 8. marca r. b. ogłoszono.

Punkt zborny: Sala Towarzystwa lekarzy galicyjskich, Rynek l. 10, II piętro.

Porządek dzienny:

1) Sprawozdanie z ostatniego Zjazdu.

2) Radca Dr. Merunowicz objął referat o postępowaniu w razie pojawienia się cholery i odpowiednich środkach ostrożności służących do jej stłumienia

a Dr. Krokiewicz omówi metody badań bakteryologicznych w zakresie cholery.

3) Dr. Barzycki, Dr. Serkowski i Dr. Tarnawski wygłoszą referaty nie załatwione na ostatnim Zjeździe.

4) Dr. Jendl będzie mówił: „o stanowisku lekarzy powiatowych i czynnościach ich urzędowych wraz z podaniem odnośnych wniosków“, nadto „o nowym sposobie fałszowania herbaty“.

5) Dr. Goldhaber: „o potrzebie wydania przepisów w sprawie zbierania szmat“.

Nadto jeżeli nie wpłyną od kolegów dalsze referaty, które nadsełać należy na ręce Dra Obtułowicza (Lwów — Plac Smolki, L. 5), — wypowie:

6) Dr. Obtułowicz „Kilka słów o stanowisku lekarzy powiatowych wobec nowej ustawy o fałszowaniu pokarmów (Codex alimentarius austriacus) — oraz „o obowiązku doniesienia o chorobach zakaźnych i zaraźliwych w różnych państwach“.

Uwaga: **Gdyby nadspodziewanie przypadki cholery bardziej się rozszerzyły i zjazd lekarzy powiatowych z tego powodu żadną miarą w terminie powyższym nie mógł przyjść do skutku, — naówczas nastąpi odwołanie zjazdu w dziennikach politycznych z czwartku, t. j. 27 kwietnia b. r.**

Dr. Merunowicz, Przewodniczący zjazdu. Dr. Obtułowicz, Sekretarz zjazdu.

— Dr. Michał Świątkiewicz otrzymał od galicyjskiego Wydziału krajowego nominacyę na prymaryusza oddziału chorób skórnych i wenerycznych dla kobiet w szpitalu ogólnym we Lwowie na miejsce ś. p. Krówczyńskiego.

— Epidemia duru brzusznego we Lwowie, o której wspominaliśmy w nrze poprzednim, według doniesienia dzienników miejscowych, złagodniała bardzo znacznie i zdaje się, iż się ma ku końcowi.

— **Cholera**. Donoszą urzędownie o pojawieniu się cholery w Onucie w powiecie Kocmańskim na Bukowinie. W Nowych Mamajewicach również na Bukowinie zdarzyły się temi dniami 4 przypadki śmierci podejrzane o cholerę.

Nad Zbruczem w Galicyi pojawiają się jeszcze sporadyczne przypadki cholery.

Na Podolu rosyjskiem według doniesień urzędowych zachorowało od 13. do 27. marca s. s. 460 a zmarło 120 osób na cholerę. W Rosyi europejskiej zresztą trafiają się tylko w niektórych guberniach przypadki cholery.

Z Francyi a mianowicie z miasta Lorient na brzegu oceanu Atlantyckiego nie ma nowych wiadomości.

— Prof. Wernicke we Wrocławiu przyjął powołanie na katedrę drugą psychiatryi wraz z kliniką we Wiedniu opróżnioną przez przeniesienie prof. Krafft-Ebinga na katedrę pierwszą, którą zajmował zmarły Meynert.

— Z uwagi, że już i w dawniejszych epidemiach i w ostatniej cholera występowała bardzo często i nader gwałtownie w wielkich zakładach publicznych, mieszczących w sobie znaczną liczbę osób, jak szpitalach, domach roboczych, więzieniach, schroniskach, zakładach dla umysłowo chorych i t. p. i że jest uzasadnioną obawa, iż z nastaniem pory ciepłej cholera znów się pojawi, wydały ministerstwa pruskie spraw wewnętrznych i oświaty do naczelnych prezydentów okólnik zwracający uwagę na tę okoliczność i wypływającą ztąd potrzebę zrewidowania dokładnego urządzeń sanitarnych przerzeczonych zakładów publicznych, osobliwie tych, które mają centralne urządzenia dla dostarczania wody i usuwania materyj kloacznych i wód gospodarczych. Ażeby dojść w tej mierze do jednostajnego opisu wymienionych zakładów, załączono do okólnika, o którym mowa, 22 pytania, na które prezydenci naczelni mają w 8 tygodniach odpowiedzieć po dokładnem zbadaniu stanu rzeczy na miejscu. Pytania są bardzo szczegółowe i dzielą się na 4 grupy. Ogólnych jest trzy, odnoszących się do materyj kloacznych, wód meteorologicznych i odpadków gospodarczych 8, do wody dla picia i gospodarstwa również 8, odnoszących się do stanu sanitarnego dawniej i teraz 3.

Sądzimy, że byłoby rzeczą nader pożądaną, by ze względu nie tylko na groźbę przed cholerą, ale i na panujące ciągle nadmiernie choroby zakaźne, zajęto się i u nas dokładnem zbadaniem stósunków i urządzeń sanitarnych w zakładach publicznych, mieszczących w sobie nieraz bardzo wiele osób.

— W ostatnich czasach rozpoczęto w niektórych miejscach i krajach systematyczną walkę na wielką skalę ze suchotami płucnemi, jako największą plagą ludzkości. W Wiedniu zebrano 200000 złr. na budowę zakładu klimatycznego dla suchotników, w Paryżu postanowiła rada miejska zbudować wielki szpital dla suchotników w Angicourt sur Oise a w Szwajcaryi, gdzie 10% ludności umiera na suchoty, utworzyło się osobne towarzystwo do zwalczania suchot płucnych, zamierzające zakładać odpowiednie sanatorya po całym kraju i wydawać pisma i broszury w celu pouczania ludności stósownego.

— W ubiegłem półroczu szkolnem było we Wiedniu 2879 słuchaczy medycyny, między nimi 355 z Galicyi, 117 z cesarstwa rosyjskiego, 87 z Rumunii, 74 z Niemiec, 60 ze Serbii, 93 z Ameryki, 4 z Afryki, 4 z Azyi i 2 z Australii.

— Wdowa po zamordowanym niedawno naczelniku miasta Moskwy A. W. Aleksiejewie, przekazała, spełniając wolę męża, zarządowi miasta tego 300000 rubli na dokończenie zakładu dla obłąkanych założonego przez zmarłego.

— Rothschild wiedeński ofiarował 500000 złr. na szpital dla chorych na raka a mieszczanin irkucki Kelch dał 25000 na założenie kolonii dla chorych umysłowych w pobliżu Irkucka.

— Wielka Brytania ma obecnie 30590 lekarzy, z których 1513 przybyło w roku ubiegłym.

— Towarzystwo lekarskie w Zurychu ułożyło regulamin postępowania lekarzy ze sobą i z publicznością, złożony z 13 paragrafów. Według § 10 czuwać ma nad jego wykonywaniem rada honorowa złożona z 5 członków towarzystwa.

— W roku zeszłym zrobili lekarze de la Service médicale de nuit w Paryżu 9313 nocnych wizyt u chorych, o 2580 więcej, niż w roku poprzedzającym, coby świadczyło o prawdziwej potrzebie takiego urządzenia, przynajmniej w miastach bardzo wielkich.

— W dziennikach lekarskich warszawskich znajdujemy następujące uwiadomienia:

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierót biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu dra Jana Bącewicza udzielone być mają w dniu 24. czerwca r. b., jako w dniu imienin testatora, wsparcia 5 niezamożnym wdowom po lekarzach, polakach, wyznania chrześciańskiego, a w braku takowych, po lekarzach innych wyznań, każdej po rs. 90. Wdowa po lekarzu, któraby pragnęła otrzymać rzeczone wsparcie, winna być przedstawioną Komitetowi przez jednego z jego członków, z podaniem na piśmie szczegółowych wiadomości o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia kandydatki. Przedstawienia Członków Komitetu nadesłane być mają najpóźniej do dnia 15-go czerwca r. b. Na żądanie udzielane są bliższe informacye w Kancelaryi Towarzystwa Le-

karskiego w Warszawie (ulica Niecała Nr. 7); na prowincyi zaś w biurach pp. Inspektorów Lekarskich przy rządach gubernialnych (w guberniach Królestwa Polskiego).

Z upoważnienia Komitetu, Członek zarządzający Kasą Wsparcia *Dr. J. Rogowicz.*

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu dra Leona Lande udzielone ma być w dniu 18. lutego 1894 r., jako w rocznicę zgonu testatora, wsparcie w kwocie rs. 95: albo podupadłemu lekarzowi, wdowie lub sierotom mojżeszowego wyznania; albo w razie braku takiego kandydata — podupadłemu lekarzowi powiatowemu, wdowie lub sierotom po nim, albo też, w razie braku takich — lekarzowi podupadłemu, wdowie lub sierotom po nim wyznania chrześciańskiego. Krewni zapisodawcy mają pierwszeństwo przed innymi. Ostateczny termin nadsyłania próśb pod adresem Komitetu (ulica Niecała Nr. 7) oznacza się do dnia 15. grudnia 1893 r. Przy prośbie złożyć należy świadectwo, wydane przez 3 lekarzy, Członków Kasy wsparcia, ze szczegółowemi wiadomościami o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia podupadłego lekarza, wdowy lub sierot. Osoby na prowincyi zamieszkałe (w guberniach Królestwa Polskiego), przesłać winny prośby, z dołączeniem pomienionego świadectwa, nie wprost do Komitetu, lecz na ręce p. Inspektora Lekarskiego właściwej gubernii kraju lub na ręce jego zastępcy w interesach Kasy Wsparcia.

Z upoważnienia Komitetu, Członek zarządzający Kasą Wsparcia *Dr. J. Rogowicz.*

— **Nekrologia.** Zmarli: w dniu 14 b. m. i r. Dr. E. Modrzejewski, otyatra, lekarz cieszący się sympatyą i uznaniem u publiczności i u kolegów, autor kilku cennych prac naukowych umieszczanych w pismach lekarskich warszawskich. W Dreźnie Dr. Salzer, profesor chirurgii w Utrechcie, b. uczeń Billrotha.

Walne zgromadzenie **Towarzystwa lekarzy galicyjskich** odbędzie się we Lwowie dnia 29 kwietnia b. r. o godzinie 6-ej wieczorem w lokalu Towarzystwa (Rynek l. 10).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Do numeru niniejszego dołącza się prospekt zakładu zdrojowo-klimatycznego w Szczawnicy.

NOWOŚĆ.

Perlae et Capsulae medicinales „Hygea“

CUM KREOSOTO CARBONICO (MERCK)

Kreosoti carbonici et Ol. Amyg. vel Jecoris ana 0·10
pudełko 100 perełek 2 złr.

Kreosoti carbonici et Ol. Amyg. vel Jecoris ana 0 25
pudełko 100 kapsułek 3 złr.

Kreosoti carbonici 9·10 Morrhuoli 0·20
pudełko 100 kapsułek 2 złr. 80 ct.

Myrtolum 0·15
pudełko 100 perełek 2 złr. 50 ct.

Ichtyolum ammon. 0·25
słoik 100 perełek 2 złr. 50 ct.

Część zysku przeznaczam na budowę Domu akademickiego.

35—3—3 *Maryan Zahradnik.*
aptekarz w Jeziernie.

Vinum sagradae genuinum „Liebe“:

Ekstrakt winny, płynny z Cascara sagrada 1·15 c. g. o 42% substancyj wyciągowych (1 sz. c. = 1 g. świeżej kory) zwiększa bez trudności i bez przykrych następstw ruch robaczkowy przyczem następują prawidłowe, papkowate stolce, rzadziej płynne; reguluje na długo trawienie, jest środkiem trwałym, może być używane przez czas dłuższy także i dla dzieci.

Wino sagradowe Liebego we fl. à 360,0, 210,0, także w butelkach żądać w aptekach i ordynacyach z napisem „Liebe's“, gdyż istnieją naśladownictwa nawet tego samego nazwiska.

14 medalów i dyplomów. J. Paweł Liebe, Drezno. 38—10—8

FRANZENSBAD

w Czechach

450 m. nad poziomem morza Bałtyckiego, pospieszne pociągi do wszystkich głównych miast kontynentu.

Sezon od I. Maja do I. Października.

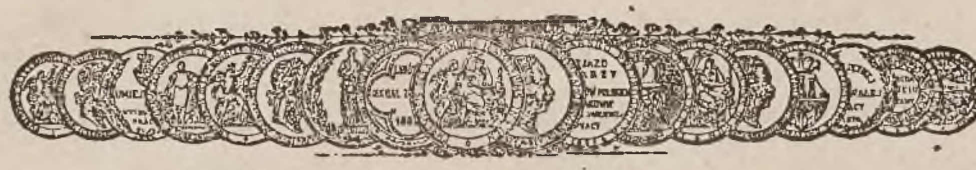
Alkaliczno-glauberskie żelaziste solanki od najsłabszych do najsilniejszych; łatwo strawne źródła żelaziste litowe, obfitujące w kwas węglowy, kąpiele mineralne, żeleziste, gazowe, błotne ze sławnego francensbadzkiego mineralnego żelezistego błota, które co do własności leczniczych przewyższa wszystkie inne (Frerichs-Seegen i t. d.). — Cztery wielkie wzorowe zakłady kąpielowe: zimna kuracya hydropatyczna, kąpiele rzymsko-iryjskie, parowe ruskie, elektryczne, masaż.

Leczy: Niedokrewność, wadliwy skład krwi, ogólne zaburzenia czynności odżywiania, chroniczne katary wszelkich błon śluzowych, osłabione trawienie, chroniczne zatkanie, chroniczne choroby nerwowe, chroniczny reumatyzm, podagrę, chroniczne wysięki, choroby kobiece.

Szczegółowe prospekta gratis. 37—5—3

Wiadomości udziela z wielką gotowością

Zarząd miejski (Bürgermeisteramt) jako Zarząd kąpielowy.



WODY MINERALNE SZTUCZNE

tańsze o 50—70% od rodzimych

i specyalne lecznicze

wyrabiane w Konc. Zakładzie fabrycznym

K. RZĄCY i CHMURSKIEGO

W KRAKOWIE.

Woda Selterska we flaszkach zawierających 2½ szklanki. Flaszka 18 ct., Syfon 10 ct.

Woda Vichy odpowiadająca składem zdrojom Grande-Grille i Celestins, we flaszkach dużych po 5 szklanek i małych po 2½ szklanki. Duża flaszka 40 ct. mała 25 ct.

Woda Bilińska we flaszkach, zawierających 4 szklanki. Flaszka 15 ct.

Woda Litowa przesycona kwasem węglowym, we flaszkach po 2 szklanki. Jedna szklanka zawiera między składnikami 0·20 soli litowych. Flaszka 15 ct.

Woda Jodowa gazowa, we flasz. po 2½ szklanki. Szklanka odpowiada 0·4 jodku potasowego.

Woda sodowa hygieniczna składu wskazanego przez Tow. Lekars. i polecona przez tę instytucyę nauk. Syfon 8 ct., flaszka 10 ct.

Szczawa na wzór znanej powszechnie Gieshüblerskiej, we flaszkach zawierających 3 szklan. Flasz. 10 ct.

Woda lecznicza kwaśna mocniejsza i słabsza składu wskazanego przez Tow. lekars., zawiera między składnikami kwas solny, dodany w celach leczniczych. W szklance tej wody znajduje się 0·15 i 0·3 acidum hydrochloricum dilutum oficinale.

Woda Żelazista, mocniejsza i słabsza we flaszkach po 2 szklanki. Szklanka mocniejszej zawiera 0.133 a słabszej 0.066 Pyrophosphas ferri et natrii. Flaszka mocn. 25 ct., słabszej 22 ct.

Woda gazowa bromowa, mocniejsza i słabsza, we flaszkach po 2½ i 3½ szklanki. Szklanka mocniejszej zawiera 3·12, a słabszej 1·56 bromków. Flaszka mocniejszej 32 i 28 ct., słabszej 24 i 20. ct.

Woda sodowa zwyczajna przez Tow. Lekarskie **za najlepszą w Krakowie uznana.**

33—21—4

Nadto Zakład wyrabia:

Limonadę gazową magnezyową, tudzież **Limonady gazowe owocowe** jako napój orzeźwiający.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.